

PROSPEK PEMBIAYAAN KESEHATAN MELALUI ASURANSI KESEHATAN SOSIAL DI KABUPATEN BANTUL

PROSPECT OF HEALTH FINANCING THROUGH SOCIAL HEALTH INSURANCE IN BANTUL DISTRICT

Kuncoro Sakti¹, Ali Ghuftron Mukti², Sigit Riyarto²

Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul

Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, Universitas
Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: The Health Office of the Special Territory of Yogyakarta Province has recommended a health financing model in accordance with the community condition of the province, namely social health insurance system (*Jamkesmas*), and has received financial support from the Central Government to conduct a kind of tryout for the financing system change for the impoverished households (*Gakin*) in the Special Territory of Yogyakarta Province. From the budgetary requirement calculation, there was insufficient budget for conducting *Jamkesmas* program and the respective District or Municipality was expected to cover the insufficiency. For this reason, the opinion of health stakeholders in Bantul District should be recognized toward the *Jamkesmas* design of the Special Territory of Yogyakarta Province.

Method: This is a non-experimental study with a cross-sectional design and consist of a combined quantitative and qualitative study to calculate the financial need for health of the *Gakin* and to identify the opinion of the health stakeholders, namely the Regent, the E Commission Chairperson of Local House of Representatives (DPRD), Health Office Leader, the Director of Local Public Hospital (RSUD), and the *Kasubdin* and *Puskesmas* (Community Health Center) Chairperson toward the *Jamkesmas* design from the organizational, potential financial resources, obstacles and predicament points of view in its implementation.

Results: The result of calculation of financial need of the *Gakin* by means of claim payment in Bantul Regency amounted to Rp6,570,627,325,00. per annum. The predicted fund allocation from the Central Government amounted to Rp 4,433,277,600,00. The contribution from the district for implementing *Jamkesmas* program for the *Gakin* amounted to Rp 2,137,349,725.00. The opinion of the health stakeholders toward the *Jamkesmas* program has been very positive, whereas the potential financial resources is from the District APBD (Local Expending and Revenue Budget), in addition to APBN (State Expending and Revenue Budget). For the initial phase *Jamkesmas* will finance the poor people (*Gakin*), the Local Government through the APBD of Bantul District will cover the insufficiency. In addition, there is a potential obstacle that is related to the ownership and the status of *Bapel Jamkesmas*. Some of the stakeholders were not agreed if the ownership of the *Jamkesmas* is in Provincial Level, but suggest that it should be in district level.

Keywords: opinion, stakeholder, *Jamkesmas*

PENGANTAR

Dalam perkembangannya sejak pelaksanaan otonomi daerah di Kabupaten Bantul, khususnya bidang kesehatan belum dapat mengemban amanat otonomi daerah. Hal ini dapat dilihat pada peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan belum optimal. Hal tersebut juga dapat dilihat pada alokasi anggaran pembangunan kesehatan. Pertambahan alokasi biaya untuk sektor kesehatan banyak digunakan untuk kegiatan rutin sebanyak dua kali lebih besar dari anggaran pembangunan kesehatan. Dengan melihat kondisi yang ada, maka perlu perubahan sistem pembiayaan kesehatan. Hal itu guna menunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan lebih mementingkan nilai keadilan serta sesuai dengan kebutuhan.

Dalam rangka merumuskan suatu perubahan sistem pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) melalui *Team Resource Mobilization Program Provincial Health Project* (PHP) berupaya membantu mencari bentuk sistem pembiayaan kesehatan yang sesuai dengan kondisi di daerah Provinsi DIY. Rekomendasi akhir dari *Team Resource Mobilization* dari PHP adalah bentuk sistem asuransi sosial dengan pendekatan Jaminan Perlindungan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang paling sesuai dalam peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Provinsi DIY.²

Usaha Dinkes Provinsi DIY dalam mencari solusi terhadap sistem pembiayaan kesehatan tersebut mendapatkan respon positif dari Pemerintah Pusat. Respon tersebut diwujudkan dalam bantuan alokasi dana untuk mendukung pembiayaan kesehatan masyarakat miskin melalui sistem asuransi kesehatan sosial. Alokasi dana yang diberikan untuk Provinsi DIY sebesar Rp18.405.037.000,00 dan diharapkan kekurangan alokasi anggaran untuk pembiayaan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin dengan sistem asuransi kesehatan dapat

dicukupi dari masing-masing kabupaten-kota. Sistem asuransi kesehatan sosial di Provinsi DIY tersebut mulai dilaksanakan tahun 2003 dalam bentuk Program Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos).

Model asuransi kesehatan di Provinsi DIY adalah *oligopayer* dengan badan penyelenggara lebih dari satu tetapi jumlahnya terbatas. Walaupun diakui bahwa model *single payer* (satu badan penyelenggara) di tingkat provinsi lebih ideal tetapi mengingat realitas sistem yang sudah ada untuk menuju model *single payer* murni masih dibutuhkan waktu yang sangat lama. Pertimbangan memilih *oligopayer* karena relatif efisien, kualitas pelayanan cukup, peserta dapat memilih pelayanan yang diinginkan, keterjangkauan terjangkau, kelangsungan sistem cukup baik, subsidi silang dapat berlangsung secara vertikal, keadilan dan pemerataan dapat diharapkan, portabilitas yaitu jika harus dirawat di luar daerah dapat diandalkan, serta masih ada unsur desentralisasi dalam batas tertentu.

Badan pelaksana Jamkesos Provinsi DIY harus berbadan hukum dan terintegrasi dengan pra-Badan Pelaksana yang ada di Provinsi DIY. Badan pelaksana (Bapel) Jamkesos Provinsi DIY secara operasional didukung oleh cabang-cabang bapel di setiap kabupaten-kota. Wakil-wakil cabang duduk di Bapel Jamkesos Provinsi DIY. Badan pelaksana ini otonom, independen dan bersifat *not for profit*. Jika pengelolaan bapel menghasilkan surplus maka dikembalikan kepada masyarakat dalam bentuk pelayanan yang lebih baik misalkan penurunan premi, serta bentuk-bentuk bonus yang mendorong perilaku hidup sehat masyarakat. Dalam pengelolaan harus dipegang oleh profesionalis yang memenuhi kriteria *credentialing* yang lulus *fit and proper test* dan bertanggung jawab terhadap wali amanah (Badan Pembina atau Bapim). Wali amanah tersebut terdiri dari wakil pemerintah, kelompok ahli, Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan masyarakat.³

Pada tahap awal target sasaran peserta diprioritaskan pada kelompok-kelompok masyarakat yang memiliki gaji terstruktur (pegawai formal), masyarakat yang terorganisir (koperasi, paguyuban, kelompok pengajian, jamaat gereja, Lembaga Swadaya Masyarakat), dan lain-lain. Masyarakat keluarga miskin yang mendapat dukungan pembayaran premi dari pemerintah pusat atau pemerintah daerah.³

Paket pelayanan adalah rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan lanjutan dan rawat inap sesuai kebutuhan medis seperti operasi dan pemeriksaan penunjang lainnya. Beberapa penyakit katastropik yang memerlukan biaya mahal akan ditetapkan kemudian oleh wali amanat atau dewan konsorsium Jamkesos apakah dicakup atau dikecualikan. Sepanjang sesuai dengan kebutuhan medis dan kekuatan finansial mencukupi akan diupayakan untuk dicakup. Dengan demikian, perlu dihitung berapa biaya yang diperlukan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Bantul. Paket pelayanan baik yang diberikan PT Jamsostek, PT Askes, dan Bapel Jamkesos adalah sama.³

Peluang pengembangan Jamkesos tersebut harus didukung para *stakeholder*. Pemerintah Daerah Kabupaten Bantul, dalam otonomi daerah mempunyai peran yang sangat menentukan dalam perubahan sistem pembiayaan kesehatan yang ada. Perhatian pemerintah dalam peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat akan sangat menentukan arah kebijakan sistem pembiayaan kesehatan. Pengkajian terhadap pihak yang berkepentingan yaitu para *stakeholder* perlu dilakukan untuk mengetahui apa yang diinginkan *stakeholder* tersebut dalam rangka pelaksanaan perubahan sistem pembiayaan keluarga miskin dengan sistem asuransi kesehatan sosial melalui Program Jamkesos. Pemahaman tersebut diperlukan karena umumnya mereka mempunyai kepentingan atau tuntutan yang berbeda terhadap organisasi.⁴ Untuk itu, program asuransi kesehatan sosial tersebut perlu

mendapatkan dukungan dari semua *stakeholder*, agar dalam pengembangannya tidak bernasib sama dengan program JPKM yang implementasinya banyak mengalami kegagalan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian noneksperimental dengan rancangan *cross sectional*, yang merupakan penelitian kombinasi kuantitatif dan deskriptif kualitatif. Metode kuantitatif dilakukan untuk menghitung kebutuhan anggaran pelayanan kesehatan keluarga miskin, sedangkan metode kualitatif digunakan untuk mengetahui pendapat *stakeholder* kesehatan melalui wawancara mendalam dan Diskusi Kelompok Terarah terdiri atas Bupati, Ketua Komisi E DPRD, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Subdinas (Kasubdin) di lingkungan Dinas Kesehatan, Direktur Rumah Sakit Panembahan Senopati, dan Kepala Puskesmas di Kabupaten Bantul terhadap kebutuhan pembiayaan kesehatan keluarga miskin dan rencana program Jamkesos dari Provinsi DIY. Data kuantitatif maupun data kualitatif yang telah dikumpulkan dianalisis dengan cara deskriptif kualitatif.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Merujuk target perhitungan PT Askes untuk persentase kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dalam menghitung premi sebesar 10% per bulan, serta mempertimbangkan penggunaan fasilitas RJTP di Puskesmas selama 3 tahun yang hanya berkisar 3,8% sampai 4,5%, maka penghitungan kebutuhan pembiayaan RJTP untuk keluarga miskin digunakan pendekatan target PT Askes sebesar 10%. Hasil perhitungan kebutuhan dana pembiayaan kesehatan untuk keluarga miskin dengan sistem klaim selama satu tahun sebesar Rp947.512.350,00, sedangkan perkiraan kebutuhan biaya pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit (RJRS) dalam satu tahun sebesar Rp958.421.225,00

dan untuk pembiayaan rawat inap rumah sakit dalam satu tahun sebesar Rp4.620.162.495,00. Jumlah total biaya yang diperlukan dalam waktu satu tahun sebesar Rp6.570.627.325,00.

Berdasarkan rencana alokasi dana yang dianggarkan oleh Jamkesmas Provinsi sesuai dengan sosialisasi di Hotel Jayakarta tanggal 18 Juni 2003, Kabupaten Bantul akan mendapatkan alokasi dana dari Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) dan dana dekonsentrasi sebesar Rp4.433.277.600,00. Dari jumlah dana tersebut, Pemda Kabupaten Bantul perlu menyediakan sejumlah dana untuk menambah kekurangan kebutuhan pembiayaan kesehatan keluarga miskin sebesar Rp2.137.349.725,00. (Tabel 1)

efektif dan kurang transparan. Hasil uji coba JPKM di Klaten yang menghabiskan biaya lebih dari tiga juta dollar dan tidak menghasilkan pelajaran positif yang dapat dikembangkan di daerah lain. Bahkan program ini mencerminkan ketidaktahuan pengelola tentang berbagai aspek *managed care*.⁵

Dilihat dari potensi sumber pendanaan Jamkesmas maka dapat disimpulkan mempunyai prospek sangat baik karena bidang kesehatan di Kabupaten Bantul sudah ditetapkan sebagai program prioritas dalam Rencana Strategis (Renstra) Kabupaten Bantul tahun 2001 sampai dengan tahun 2005. Namun demikian, dilihat dari besarnya alokasi anggaran untuk program kesehatan ternyata belum sesuai dengan Renstra, artinya dari lima bidang

Tabel 1. Kebutuhan Dana Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin di Kabupaten Bantul

Kebutuhan Dana Satu Tahun	Dana PKPS-BBM dan Dekonsentrasi	Kekurangan yang Harus Disediakan Kabupaten
Rp6.570.627.325,00	Rp4.433.277.600,00	Rp2.137.349.725,00

Sumber: Data diolah

Prospek pelaksanaan program Jamkesmas sangat baik karena mendapatkan dukungan dari semua *stakeholder* baik tingkat pengambil kebijakan maupun pelaksana pelayanan kesehatan. Namun demikian, dalam pelaksanaan program Jamkesmas dibutuhkan usaha yang tidak mudah mengingat masa lalu program-program yang telah dilaksanakan kurang mendapat kepercayaan dari masyarakat bahkan dikatakan banyak mengalami kegagalan dan masyarakat kurang memperoleh manfaat. Untuk itu melalui Jamkesmas keluarga miskin yang sudah mendapatkan dukungan pendanaan dari pemerintah pusat diharapkan dapat memulihkan kepercayaan semua pihak terutama masyarakat. Hal tersebut cukup beralasan mengingat kegagalan program JPKM maupun program-program lain yang berkaitan dengan penanggulangan dampak kemiskinan bidang kesehatan yang kurang

prioritas pembangunan tidak mendapatkan alokasi dana sesuai dengan skala prioritas. Program kesehatan mendapatkan alokasi anggaran justru menempati urutan keempat. Seharusnya dari perspektif masyarakat umum besarnya anggaran sesuai dengan skala prioritas dalam renstra kabupaten, tetapi realitanya tidak. Adapun *stakeholder* penentu kebijakan, baik Bupati Bantul maupun Ketua Komisi E telah bersedia menanggung kekurangan alokasi dana yang digunakan untuk peyelenggaraan Jamkesmas keluarga miskin di Kabupaten Bantul yang diambilkan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Tingkat II. Dukungan para *stakeholder* dalam organisasi kesehatan dapat dilihat dari enam aspek⁶, yaitu: 1). Kesiadaan menempuh risiko dalam pengembangan organisasi pelayanan kesehatan. Hal ini terlihat dari kesiadaan Bupati Bantul maupun Ketua

Komisi E DPRD yang berani menanggung risiko terkait dengan kebutuhan pendanaan Jamkesos; 2). Bersifat proaktif perhatian terhadap rencana program dan banyak memberikan masukan hal tersebut menunjukkan bahwa *stakeholder* ikut berperan aktif dalam rencana pelaksanaan Jamkesos; 3). Bersifat mendukung, ini ditunjukkan dengan tanggapan yang sangat positif; 4) Mempunyai kepercayaan terhadap organisasi pelayanan kesehatan, ini ditunjukkan dengan memberikan kepercayaan membuat perencanaan yang terkait dengan rencana program kepada dinas kesehatan; 5) Bersikap antusias, hal ini ditunjukkan adanya perhatian sangat baik dengan akan membantu sosialisasi dan akan memberikan masukan-masukan terkait dengan rencana program; (6) Terbuka dan tidak apriori. Hal ini terlihat dari tanggapan positif terhadap perubahan pembiayaan kesehatan keluarga miskin.

Di samping potensi pelaksanaan program Jamkesos keluarga miskin yang sangat baik, tetapi berdasarkan data hasil penelitian juga terdapat potensi sumber masalah yang nantinya akan berpengaruh terhadap implementasi Program Jamkesos di Kabupaten Bantul. Potensi masalah yang ada terfokus pada kewenangan dalam pengelolaan nantinya. Hampir seluruh responden berpendapat bahwa sebaiknya pengelolaan tingkat kabupaten diserahkan kepada daerah dan dikelola oleh Pemda Kabupaten, bukan sebaliknya.

Adapun pertimbangannya bahwa Jamkesos dikelola oleh pemerintah adalah:

- Program ini adalah bersifat sosial, tidak berorientasi kepada keuntungan dan sesuai dengan amanat UUD 1945 yaitu pemerintah harus bertanggung jawab terhadap masyarakat miskin.
- Dengan dikelola pemerintah ada penjaminan terutama bila terjadi kerugian.
- Swasta cenderung mencari keuntungan.

Namun demikian, dalam pengelolaannya sebaiknya harus menyertakan masyarakat didalamnya agar fungsi kontrolnya dapat optimal.

Untuk satu responden yang mengharapkan Jamkesos dikelola swasta dengan pertimbangan karena pelayanan swasta lebih baik, lebih *acountable*, dan berani bersaing, sedangkan responden yang memilih Jamkesos dikelola pada tingkat kabupaten dengan pertimbangan:

- Pendanaan nantinya adalah menyangkut APBD kabupaten.
- Pemerintah daerah Kabupaten sanggup membiayai kekurangan penyelenggaraan program Jamkesos.
- Mendekatkan dengan pelayanan karena kabupaten-kota merupakan ujung tombak pelayanan.
- Sesuai dengan kewenangan dan semangat otonomi daerah.

Dua responden yang setuju dikelola ditingkat provinsi adalah dengan pertimbangan:

- Agar ada keseragaman antarkabupaten-kota.
- Dengan skala besar lebih efisien.

Dari hasil penelitian tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa hampir semua responden mengharapkan kepemilikan dan pengelolaan Bapel Jamkesos adalah di tingkat kabupaten dan dikelola oleh pemerintah bukan swasta. Tujuan bersama yang ingin diwujudkan oleh organisasi adalah penciptaan kekayaan. Oleh karena itu, organisasi dapat dikatakan sebagai organisasi pencipta kekayaan (*wealth-creating instituon*). Dengan kekayaan yang berhasil diciptakan, organisasi akan mampu memberikan kesejahteraan bagi semua pihak yang mempunyai kepentingan terhadap organisasi (*stakeholder*).⁷

Dalam hal kedudukan dan kewenangan Bapel menunjukkan masih terjadi perbedaan yang cukup tajam. Masing-masing mempunyai pertimbangan yang berbeda antara konsep Jamkesos Dinas Kesehatan Sosial Provinsi

DIY dengan harapan *stakeholder* Kabupaten Bantul yaitu *oligopayer* pada tingkat kabupaten yaitu badan penyelenggara lebih dari satu tetapi jumlahnya terbatas. Akan tetapi, konsep mengenai kedudukan dan kewenangan Bapel menurut provinsi adalah *oligopayer* di tingkat provinsi.

Dari kedua konsep tersebut masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangan. Pengembangan arah sistem pembiayaan kesehatan khususnya asuransi kesehatan harus memperhatikan beberapa unsur penting yaitu: efisiensi, kualitas, keterjangkauan, keberlanjutan, subsidi silang, keadilan yang merata, portabilitas, dan desentralisasi.³ Dari unsur-unsur penting dalam pembiayaan kesehatan masing-masing mempunyai kekurangan dan kelebihan baik model *oligopayer* ditingkat kabupaten maupun ditingkat provinsi. Berdasar skala efisiensi maka *oligopayer* pada tingkat provinsi akan lebih efisien, sedangkan dari aspek kualitas pelayanan maka *oligopayer* pada tingkat kabupaten akan lebih baik. Hal ini karena kedekatan Bapel dengan PPK sehingga keluhan peserta akan lebih cepat ditangani, di samping karena secara struktural ada hubungan antara Bapel dengan PPK. Untuk aspek keterjangkauan pelayanan maka *oligopayer* ditingkat provinsi akan lebih luas karena mempunyai jaringan pelayanan sampai lingkup Provinsi. Namun demikian, pada lingkup nasional akan sama-sama mempunyai kendala dalam aspek keterjangkauan pelayanan.

Dilihat dari aspek kelangsungan terhadap program Jamkesmas, *oligopayer* tingkat kabupaten lebih terjamin. Hal ini disebabkan adanya penjamin dari Pemda Kabupaten Bantul terhadap pendanaan program Jamkesmas keluarga miskin, sedangkan untuk tingkat provinsi belum ada penjaminan

terutama yang berkaitan dengan kekurangan alokasi dana untuk program Jamkesmas keluarga miskin tersebut. Adapun dari aspek keadilan dan pemerataan maupun subsidi silang baik di tingkat kabupaten atau provinsi tidak menunjukkan adanya perbedaan yang berarti. Aspek portabilitas pada *oligopayer* di provinsi akan lebih baik. Pada aspek portabilitas pada *oligopayer* tingkat kabupaten maka dimungkinkan terjadi kehilangan jaminan yang disebabkan oleh pindah lintas kabupaten-kota dalam provinsi. Kelebihan yang paling dominan dalam penyelenggaraan Jamkesmas keluarga miskin dan *oligopayer* di tingkat kabupaten adalah aspek desentralisasi. Dari perbedaan pendapat yang ada antara konsep kabupaten dan konsep provinsi ternyata ada perbedaan pendapat yang cukup tajam karena pertimbangan desentralisasi sesuai dengan otonomi daerah di tingkat kabupaten-kota.

Perbedaan ini tentunya akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan dari program Jamkesmas dan pada akhirnya akan berdampak pada kegagalan program. Komitmen *stakeholder* akan berpengaruh terhadap kinerja organisasi.⁸ *Stakeholder* merupakan individu yang memiliki kepentingan pada kinerja organisasi. Oleh karena itu, keberhasilan program Jamkesmas akan sangat tergantung dari dukungan secara menyeluruh dari para *stakeholder*.⁹

Hambatan lain yang harus mendapatkan perhatian agar Program Jamkesmas betul-betul mencapai sasaran adalah data keluarga miskin di Kabupaten Bantul. Semua responden memberikan saran agar sebelum implementasi program harus ada persamaan persepsi tentang kriteria keluarga miskin antardinas instansi terkait.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

- a. Kebutuhan pembiayaan masyarakat miskin di Kabupaten Bantul dalam satu tahun sebesar Rp6.570.627.325,00.
- b. Pendapat *stakeholder* terhadap perubahan sistem pembiayaan kesehatan dengan konsep asuransi kesehatan sosial (Jamkesmas) sangat positif di Kabupaten Bantul.
- c. Sumber dana potensial untuk pembiayaan pelayanan kesehatan selain berasal dari dana APBN terutama dari Pemerintah Daerah Kabupaten, dengan tahap awal dimulai untuk pendanaan program Jamkesmas Keluarga miskin yaitu kekurangan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin dengan program Jamkesmas akan ditanggung oleh Pemerintah Daerah melalui APBD Kabupaten Bantul.
- d. Terdapat potensi hambatan berupa perbedaan pendapat terkait dengan kepemilikan dan kedudukan Badan pengelola Jamkesmas antara *stakeholder* di Kabupaten Bantul dengan konsep yang direncanakan oleh Provinsi DIY, *stakeholder* Kabupaten Bantul mengharapkan Bapel Jamkesmas berkedudukan di Kabupaten Bantul dengan kewenangan terdesentralisasi tingkat kabupaten, sedangkan konsep provinsi yaitu Bapel Jamkesmas kewenangan dan kedudukannya di tingkat provinsi.

Saran

Dari hasil penelitian ini dapat kami sampaikan beberapa saran sebagai berikut:

- a. Model asuransi kesehatan adalah *oligopayer* yang berkedudukan di tiap kabupaten-kota.
- b. Kepemilikannya Bapel Jamkesmas oleh pemerintah dan dikelola secara profesional melibatkan masyarakat. Bapel ini bersifat otonom, independen dan bersifat *not for profit*. Dalam pengelolaannya harus dikelola oleh profesionalis yang memenuhi kriteria *credentialing* dan lulus *fit and proper test* dan bertanggung jawab terhadap wali amanah. Wali amanah tersebut terdiri dari; pemerintah daerah kabupaten, pemerintah daerah provinsi, dan wakil masyarakat.
- c. Badan pelaksana kabupaten-kota membentuk konsorsium Bapel Jamkesmas ditingkat provinsi yang anggotanya terdiri atas semua Bapel Jamkesmas di kabupaten-kota. Bapel di tingkat provinsi melaksanakan tugas lintas kabupaten maupun di tingkat nasional.
- d. Sebelum pelaksanaan Jamkesmas Keluarga miskin perlu dilakukan perbaikan data Keluarga miskin dengan kriteria yang disepakati bersama antara instansi terkait baik di tingkat kabupaten maupun provinsi.

KEPUSTAKAAN

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, 2001, Profil Kesehatan, Yogyakarta, 2002.
2. Dinas Kesehatan Provinsi. Laporan Workshop Pengembangan Model Asuransi Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Yogyakarta. 2002.
3. Mukti, A. G. Model Sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Modul Kuliah KP-MAK UGM. Yogyakarta. 2002.
4. Horak, B. J. Strategic Planning in Healthcare, Building a Quality-Based Plan Step by Step. Quality Resources. A Division of the Krons Organization Limited. New York. 1997.
5. Mukti, A. G. Thabrany, H., Trisnantoro, L. Telaah Kritis Terhadap Program JPKM di Indonesia. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta. 2001;04(03): 159-71.
6. Trisnantoro, L. Prinsip-prinsip Manajemen Pelayanan Kesehatan, Modul MMPK-UGM, Yogyakarta. 2000.
7. Mulyadi, dan Setiawan, J. Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen. Sistem Pelipat ganda Kinerja Perusahaan. Aditya Media. Yogyakarta. 2000.
8. Alkinson, A. A., John, H., Waterhouse, Robert, B., Well. A Stakeholders Approach to Strategic Performance Measurement, Sloan Management Review/Spring. 1997.
9. Connors, T. D. The Non Profit Management Hand Book, Operating Policies And Procedures. Jon Weley and Sons. New York. 1993.